

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent(s)

Matricule : 5083

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEHIFALATI Nadia

Date de naissance : 12-02-61

Adresse : T 525

Tél. : 06 61 188491

Total des frais engagés :

800

Dhs

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAFIR ALAMI Nadia Age: 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

DR. MAYY HAJJI  
MEDECINE INTERNE  
120 BD. IDRISI 1ER - CASA  
INP : 091071001  
ICE: 001702702000002

25 SEP 2023  
ESVAD /

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes           |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Le 29.08.2023   | C 3               | 001                   | Général                         | DR. MAY<br>MEDECIN : 091702703000<br>120 BD. IDRISS DAI<br>LE 01/09/2023 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                               | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 20/09/23 | 2.<br>73                     | 800,00 DHS             |
|   |          |                              | -                      |
|   |          |                              | -                      |
|   |          |                              | -                      |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز الفحص بالأشعة  
”حي الحسني - أنفا“

20/09/2023  
Casablanca, le -----

Facture N° 2967/09/2023

Nom patient : CHERIF ALAMI NADIA

Examen(s) réalisé(s) : OSTEODENSITOMETRIE

Date Examen(s) : 20/09/2023

Montant : 800 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME D'  
MONTANT TOTAL :  
**HUIT CENTS DIRHAMS**

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

Dr HAJJI Mayy  
MEDECINE INTERNE  
120 Boulevard My IDRISS 1<sup>er</sup>  
CASABLANCA.  
Tel / Fax : 0 22 8638 13

ICE  
001702702000002

## EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

### PATIENT

NOM : CHEBRIF ALAMI PRENOM : Nadia AGE : 6 mois

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Corticothérapie pour PR

### EXAMEN DEMANDE

ostéos des hanches pour  
absorptiometrie

DATE : le 29.08.2023

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
10, Imm. Comptoir, Rokin 1<sup>er</sup>, Casablanca  
tel: 00 22 80 44 10 700 22 80 070

DR. MAYY HAJJI  
MEDECINE INTERNE  
120 BD. IDRIS 1<sup>er</sup> - CASA  
INP : 091071001  
ICE: 001702702000002



## Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

## Dr N. Faris

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

20/09/2023

**PATIENT** : Mme.CHERIF ALAMI NADIA

**MEDECIN TRAITANT** : MAYHAJJI

**EXAMEN(s) REALISE(s)** : OSTEODENSITOMETRIE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

## OSTEODENSITOMETRIE

### INDICATION

Bilan.

### TECHNIQUE

Absorptiométrie Bi photonique sur Hologic Discovery.

Réalisation des mesures au niveau du rachis lombaire et des 2 hanches.

### RESULTATS

|                                    | <u>DMO</u>               | <u>T score</u> |
|------------------------------------|--------------------------|----------------|
| - Au niveau Lombaire               | : 0,684g/cm <sup>2</sup> | -3,3 DS.       |
| - Au niveau de la hanche gauche    | : 0,609g/cm <sup>2</sup> | -2,2 DS.       |
| - Au niveau de la hanche droite    | : 0,668g/cm <sup>2</sup> | -2,2DS.        |
| - Au niveau de l'avant bras gauche | : 0,478g/cm <sup>2</sup> | -3,6 DS.       |

-Score TBS de L1 à L4 : 1,251

-L'indice de masse corporelle (IMC) : 29

-Valeurs très inférieures à la normale au niveau lombaire, et de l'avant bras gauche en rapport avec une ostéoporose.

-Valeurs inférieures à la normale au niveau des deux hanches en rapport avec une ostéopénie.

### CONCLUSION

Ostéoporose avec un Score TBS moyennement bas.

Le risque de fracture est moyen.

#### Définition de l'OMS

T-Score : Différence entre la valeur mesurée et la densité maximale mesurée à 30 ans, en écart type.

Z-Score : Différence avec la valeur normale au même âge et pour le même sexe, en écart-type.

DMO : Densité minérale osseuse en g/cm<sup>2</sup>.

Normal : T-Score supérieur ou égale à -1 DS (Déviation standard).

Ostéopénie : T-Score entre -1 et -2,5 DS.

Ostéoporose : T score inférieur ou égale à -2,5DS.

Confraternellement

DR N.FARIS